

(表面)

(別紙様式(その1))

| | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受付番号 | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|

香川県薬局における〔賃上げ〕に対する支援給付金申請書兼請求書
物価上昇

提出日:

香川県知事 殿

給付金の支給を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請額の合計(3の③の合計): 円

1 申請者情報

| | | |
|---------------------------|--------------|------------------|
| 法人名 (個人事業主の場合は個人の氏名) | フリガナ | |
| 代表者職氏名 (法人の場合のみ記載) | フリガナ | |
| 委任状の有無 | | |
| 法人等所在地 (個人の場合は当該個人の住所) | 郵便番号(ハイフンあり) | |
| | 住所 | |
| 法人番号(13桁) (法人の場合のみ記載) | | |
| 責任者 (所属・職氏名) | | 電話番号 (ハイフンあり) |
| (責任者メールアドレス) | | |
| 担当者 (所属・職氏名) | | 電話番号 (ハイフンあり) |
| (担当者メールアドレス) | | |

※責任者は法人内(又は個人事業所内)で当該業務における責任を負う役職員を、担当者は当該事務を担当する者を記入すること。
※責任者と担当者は原則別の者とする。ただし、個人事業主本人が担当者となる場合、責任者及び担当者欄には個人事業主本人を記載すること。

2 振込口座情報

| | | | |
|-------------------|---|-----------|--|
| 金融機関名 | | 本・支店・出張所名 | |
| 金融機関コード(4桁) | | 支店コード(3桁) | |
| 預金種目 | <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 | 口座番号(7桁) | |
| 口座名義人 ※カタカナで記載 | | | |

※必ず申請者名義の口座を指定すること
(法人の場合は当該法人名義の口座に限り、施設名の入った口座は不可。個人事業主の場合は当該個人の口座に限る。)

3 店舗数および申請を行う事業の区分・申請額等

| | | |
|---------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 支給対象の保険薬局の数(①) | 店舗 | |
| 申請を行う事業の区分(□に✓チェック) | <input type="checkbox"/> 賃上げ支援事業 | <input type="checkbox"/> 物価支援事業 |
| 1店舗当たりの支給単価額(②) | 円 | 円 |
| 区分ごとの申請額(③=①×②) | 円 | 円 |

この合計値を上
「申請額の合計」
に記載する。

※「4 支給対象の保険薬局の名称等」欄に記載した保険薬局の数を記載する。
※賃上げ支援事業を申請する場合は、別紙様式(その3)を添付すること。
※物価支援事業を申請する場合は、別紙様式(その4)を添付すること。

(裏面の「5 支給要件」と「6 誓約」に、必ずチェックをしてください。)

(裏面)

4 支給対象の保険薬局の名称等

| 通し 番号 | 保険薬局コード (10桁) | 保険薬局の名称 | 郵便番号 (ハイフンあり) | 保険薬局の所在地 |
|----------|------------------|---------|------------------|----------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

※1 保険薬局コード(10桁)を記載すること。
※2 施設名は略さずに正式名称を記入の上、県保健所又は高松市保健所から交付されている薬局開設許可証に記載された薬局の名称・所在地と一致しているか確認し、右欄のチェックボックスにチェックを入れること。
※3 記載欄が不足する場合は、別紙様式(その2)に続けて記載し、申請書に添付して提出すること。

上記に相違ない場合
以下に✓を記入
☐

5 支給要件

※支給要件のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

| | | |
|-------------|--|--|
| 賃上げ 支援事業 | 香川県薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援給付金交付要綱第4条に基づく別表1に定める給付対象者及び給付対象施設の要件(※)をすべて満たしています。 ※国又は地方公共団体が設置する施設は、国又は地方公共団体以外の者が運営する場合に限り、支給対象となります。 | 左記に相違ない場合 以下に✓を記入 <input type="checkbox"/> |
| 物価 支援事業 | 香川県薬局における賃上げ・物価上昇に対する支援給付金交付要綱第4条に基づく別表2に定める給付対象者及び給付対象施設の要件(※)をすべて満たしています。 ※国又は地方公共団体が設置する施設は、国又は地方公共団体以外の者が運営する場合に限り、支給対象となります。 | 左記に相違ない場合 以下に✓を記入 <input type="checkbox"/> |

6 誓約

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第32条第1項各号に掲げる者ではありません。
(2) 県税に滞納はありません。
(3) 令和8年1月1日現在事業を行っており、申請時点で令和8年1月2日以降に事業を休止・廃止する予定はありません。
(4) 賃上げ支援事業にあっては別紙様式(その3)の記載事項、物価支援事業にあっては別紙様式(その4)の記載事項については事実と相違ありません。
(5) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに給付金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。

私は、賃上げ支援事業又は(及び)物価支援事業を申請するに当たり、上記の内容について、誓約します。
なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

(住所)
(法人名※)
(代表者職氏名)

※個人事業主の場合は個人の氏名

誓約する場合
以下に✓を記入
☐

6 提出書類

- ①【別紙様式(その1)】『給付金申請書兼請求書』…この用紙
②【別紙様式(その2)】『支給対象の保険薬局の名称等』…対象店舗数が6店舗以上の場合
③【別紙様式(その3)】『賃上げ支援事業申請要件確認書兼誓約書』…賃上げ支援事業を申請する場合
④【別紙様式(その4)】『物価支援事業申請要件確認書兼誓約書』…物価支援事業を申請する場合
⑤振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種目」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が明瞭に読み取れるもの)
(通帳を開いた最初のページのコピーなど。電子メールによる申請の場合、写真データ等で可。)

【電子メール提出時の注意事項】

担当者は、以下の①及び②の両方のアドレスに、メール送付してください。

①香川県薬務課の賃上げ支援・物価支援事業申請受付メールアドレス(sienkinyaku@pref.kagawa.lg.jp)

②「1 申請者情報」に記載した「責任者」のメールアドレス

※①と同時に必ずTo又はCcで送付してください。

(別紙様式(その2))

受付番号

4 支給対象の保険薬局の名称等

| 通し 番号 | 保険薬局コード (10桁) | 保険薬局の名称 | 郵便番号 (ハイフンあり) | 保険薬局の所在地 |
|----------|------------------|---------|------------------|----------|
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |

※1 保険薬局コード(10桁)を記載すること。

※2 施設名は略さずに正式名称を記入の上、県保健所又は高松市保健所から交付されている薬局開設許可証に記載された薬局の名称・所在地と一致しているか確認し、右欄のチェックボックスにチェックを入れること。

※3 記載欄が不足する場合は、行を追加して記載すること。

上記に相違ない場合
以下に✓を記入

☐

(提出日)
(申請者)
(住 所)

賃上げ支援事業申請要件確認書兼誓約書

賃上げ支援事業の申請に当たり、次のとおり申請要件に適合すること及び支給単価を確認したことを誓約します。

※該当する要件にチェックを入れること。

| 【対象施設であることの申出】 | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ①：令和8年6月1日時点で令和8年度診療報酬改定による見直し後のベースアップ評価料を届け出る。 |

| 【その他要件を満たすことの確認・誓約等】 | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ②：本事業の給付額を活用して令和7年12月から令和8年5月までの間、対象職員のベースアップを実施し、令和8年6月1日から当該ベースアップの水準を維持又は拡大する。 (②、③、④の重複可) |
| <input type="checkbox"/> | ③：賃金表等や給与規程等の変更に時間を要するため、本事業の給付額を活用して令和7年12月から令和8年3月までの4か月分の一時金又は特別手当を令和8年3月までの間に対象職員に支給する。この場合は4月及び5月のベースアップを実施するとともに、支給した一時金又は特別手当の水準のベースアップを対象職員に対して令和8年6月1日から行う。 (②、③、④の重複可) |
| <input type="checkbox"/> | ④：令和7年度の対象職員のベースアップが令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施しており、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分に充てる。 (②、③、④の重複可) |
| <input type="checkbox"/> | ⑤：本事業の給付額は②～④のために支出する。 |
| <input type="checkbox"/> | ⑥：本事業により賃金改善を行う時点から令和8年5月までの間、賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させていない。 |
| <input type="checkbox"/> | ⑦：著しく偏った配分は行っていない。 |
| <input type="checkbox"/> | ⑧：労働基準法、労働災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていない。 |
| <input type="checkbox"/> | ⑨：労働保険料の納付が適正に行われている。 |

【支給単価（1店舗当たり）】

| | | | | |
|--|---|----------|---|-----|
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として1店舗以上5店舗以下（当該保険薬局を含む）である保険薬局に該当（R7.4.30時点） ※該当する場合は○を記載 | × | 給付額 | = | 算定額 |
| <div></div> | | 145,000円 | | |
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として6店舗以上19店舗以下（当該保険薬局を含む）である保険薬局に該当（R7.4.30時点） ※該当する場合は○を記載 | × | 給付額 | = | 算定額 |
| <div></div> | | 105,000円 | | |
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として20店舗以上（当該保険薬局を含む）である保険薬局に該当（R7.4.30時点） ※該当する場合は○を記載 | × | 給付額 | = | 算定額 |
| <div></div> | | 70,000円 | | |
| ※該当する区分のいずれかに○印をすること。 | | | | |
| | | | | 単価額 |
| | | | | |

(提出日)

(申請者)

(住 所)

物価支援事業申請要件確認書兼誓約書

物価支援事業の申請に当たり、申請要件に適合すること及び支給単価を確認したことを誓約します。

【単価額（１店舗当たり）】

| | | | | |
|---|---|----------------|---|-----|
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として 1 店舗以上 5 店舗以下（当該保険薬局を含む）である保険薬局に該当（R7. 4. 30 時点） ※該当する場合は○を記載 | × | 給付額 85,000円 | = | 算定額 |
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として 6 店舗以上 19 店舗以下（当該保険薬局を含む）である保険薬局に該当（R7. 4. 30 時点） ※該当する場合は○を記載 | × | 給付額 75,000円 | = | 算定額 |
| 所属する同一グループ内の保険薬局の数として 20 店舗以上（当該保険薬局を含む）である保険薬局に該当（R7. 4. 30 時点） ※該当する場合は○を記載 | × | 給付額 50,000円 | = | 算定額 |
| ※該当する区分のいずれかに○印をすること。 | | | | 単価額 |